

訪問診療依頼書

年 月 日

ご依頼いただいた方	氏名 連絡先 TEL()	様 患者様との続柄()	
患者様 氏名	様 男・女	年齢	明治 大正 年 月 日 昭和 平成 (歳)
ご住所	〒		
介護認定	有・無・申請中	介護度	要支援 要介護(1・2・3・4・5)
現在	在宅 (通院)	医療機関名	TEL:
		主治医 科 医師	
	入院中	医療機関名	TEL:
		主治医 科 医師	
		退院日 月 日 予定・確定	
主病名			経緯・状況
既往歴			
緊急連絡先	氏名	男・女 続柄()	同居・別居
	住所	TEL()	
ケアマネジャー施設名 TEL 担当者名		訪問看護 ST 名 TEL 担当者名	
問題点・ 前段階準備 ※チェックをいれ てください。	<input type="checkbox"/> 介護力 <input type="checkbox"/> 医療不信 <input type="checkbox"/> 内服管理 <input type="checkbox"/> リハビリ <input type="checkbox"/> 栄養: CVポート・IVH・経管栄養・胃瘻・腸瘻・その他() <input type="checkbox"/> 排泄: バルーンカテーテル・尿カテーテル・人工肛門・膀胱瘻・胃瘻・オムツ <input type="checkbox"/> 呼吸: 在宅酸素・気管切開・人工呼吸器・ネブライザー・喀痰吸引 <input type="checkbox"/> その他: 褥瘡・インシュリン注射・人工透析・ペースメーカー <input type="checkbox"/> 福祉用具: ベッド・車いす・歩行器 他()		
その他	(ご希望、連絡事項等ありましたらご記入ください)		
初回診察 ご希望日時			

※ケアプラン・フェイスシート・サマリー等直近のご利用者様の情報がございましたら、あわせてご送付いただけますようお願い申し上げます。



アゴラ内科クリニック
AGORA CLINIC

● 24時間対応訪問診療 ● 外来診療

東京都文京区湯島3-34-8 第一天神ビル201
TEL 03-6803-0976/FAX 03-6803-0653